



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Taynara Gral da Silva

**REGISTROS E CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS DE
PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM HOSPITAL PRIVADO**

**Florianópolis
2018**

Taynara Gral da Silva

**REGISTROS E CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS DE
PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM HOSPITAL PRIVADO**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina: Trabalho de conclusão de curso II (NFR5175), do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Daniele Delacanal Lazzari.

Florianópolis

2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Taynara Gral da
Registros e características dos atendimentos de paradas
cardiorrespiratórias pela equipe multiprofissional em
hospital privado / Taynara Gral da Silva ; orientadora,
Daniele Delacanal Lazzari, 2018.
48 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

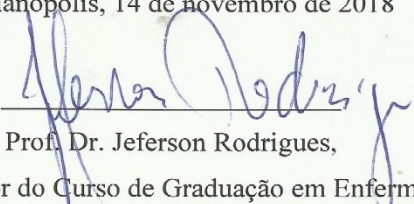
1. Enfermagem. 2. Registros. 3. Parada
cardiorrespiratória. 4. Enfermagem. I. Lazzari, Daniele
Delacanal. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Taynara Gral da Silva

**REGISTROS E CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS DE
PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM HOSPITAL PRIVADO**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeira” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

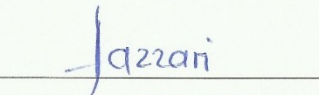
Florianópolis, 14 de novembro de 2018



Prof. Dr. Jeferson Rodrigues,

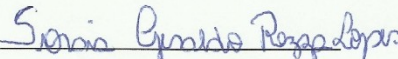
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Prof.ª Dr.ª Danicle Delacanal Lazzari

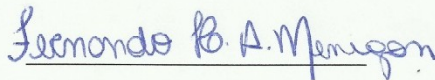
Orientadora e Presidente



Prof.ª Dr.ª Soraia Geraldo Rozza Lopes

Prof.ª Dr.ª Soraia Geraldo Rozza Lopes

Membro Efetivo



Mestrando Enfº Fernando Henrique Antunes Menegon

Mestrando Enfº Fernando Henrique Antunes Menegon

Membro Efetivo

SILVA, Taynara Gral. Registros e características de paradas cardiorrespiratórias em hospital privado: subsídios para educação em serviço. 2018. 47p. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2018.

RESUMO

Introdução: A parada cardiorrespiratória é definida como a interrupção das funções cardíacas e respiratórias, podendo causar danos irreversíveis. Para que isso não aconteça é necessário uma rápida intervenção da equipe de saúde, com o intuito de manter as funções respiratórias e cardíacas espontâneas. A parada cardíaca pode ser decorrente dos ritmos: fibrilação ventricular, assistolia, taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso. Pela enfermagem ser a principal profissão que cuida diariamente dos pacientes, é comum o enfermeiro detectar a parada cardiorrespiratória. Com isso, os registros de enfermagem são essências para a nossa prática, pois norteia muitas ações que o enfermeiro deve tomar, além de ser uma atividade obrigatória segundo a Lei do Exercício Profissional. O **Objetivo geral** deste estudo foi analisar as características das paradas cardiorrespiratórias atendidas pela equipe de saúde em hospital privado por meio dos registros em prontuário. Os **objetivos específicos** foram identificar os registros realizados por enfermeiros no atendimento à parada e caracterizar os desfechos das paradas cardiorrespiratórias atendidas. **Método:** trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, documental, exploratória com delineamento transversal. O local do estudo foi um hospital de médio porte privado, que conta com 120 leitos e atende em média 1.500 casos por mês. A coleta de dados foi realizada com prontuários de pacientes que tiveram uma parada cardiorrespiratória entre os anos de 2012 e 2017. A amostra foi de 117 prontuários. Os dados da pesquisa foram apresentados em forma de tabelas com números absolutos e percentuais. Os **resultados** apresentados mostram que o sexo feminino foi o que mais apresentou o evento (n=73), com faixa etária entre 30 a 49 anos (n= 34). Foram testemunhadas 74 paradas, e o pronto atendimento foi a unidade com maior índice da ocorrência (n=89). O ritmo cardíaco que precedeu a parada foi atividade elétrica sem pulso (n=61), e o mesmo foi o que teve maiores casos de reversão (n=27). A duração do atendimento prestado foi de 11 a 30 minutos (n=68). Dos registros analisados, não se teve nenhum do enfermeiro referente a parada. **Considerações finais:** este estudo permitiu avaliar os registros de parada realizados pelos profissionais da saúde quanto a parada cardiorrespiratória, especialmente a dos enfermeiros. Fica evidente a falta dos registros por parte dos enfermeiros, e a necessidade de realizar capacitações para melhorar essa prática.

Palavras-chave: Registros; Parada cardiorrespiratória; Enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das paradas cardiorrespiratórias quanto ao sexo e a idade. Porto Alegre, 2018.	30
Tabela 2 - Identificação das paradas cardiorrespiratória quanto ao testemunho ou não e unidade de ocorrência. Porto Alegre, 2018.	31
Tabela 3 - Ritmos de parada cardiorrespiratória e reversão. Porto Alegre, 2018.....	32
Tabela 4 - Tempo de duração do atendimento à parada cardiorrespiratória. Porto Alegre, 2018.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESP – Atividade Elétrica Sem Pulso
AHA – *American Heart Association*
ARC - *Australian Resuscitation Council*
CFM – Conselho Federal de Medicina
COFEn – Conselho Federal de Enfermagem
COREn – Conselho Regional de Enfermagem
ERC - *European Resuscitation Council*
FV – Fibrilação Ventricular
HSFC - *Heart and Stroke Foundation os Canada*
PCR – Parada Cardiorrespiratória
PCREH - Parada Cardiorrespiratória Extra-hospitalar
PCRIH – Parada Cardiorrespiratória Intra-hospitalar
RCP – Reanimação Cardiopulmonar
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAV – Suporte Avançado de Vida
SBV – Suporte Básico de Vida
TEM – Time de Emergências Médicas
TRR – Time de Resposta Rápida
TV – Taquicardia Ventricular
TVSP – Taquicardia Ventricular Sem Pulso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4 MÉTODO	22
4.1 DELINIAMENTO DO ESTUDO	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	23
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	24
4.5 COLETA DE DADOS.....	24
4.6 ANÁLISE DE DADOS	25
5 RESULTADOS	26
5.1 MANUSCRITO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	45

1 INTRODUÇÃO

Dentre as possibilidades da assistência à saúde, o atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) impõe a adoção de medidas comprovadamente eficazes, iniciadas no menor intervalo de tempo possível, bem como capacitação e avaliação contínua das condutas e procedimentos. A mais recente normatização do atendimento à PCR foi publicada em outubro de 2015, pela *American Heart Association* (AHA). A PCR é definida como a cessação da função respiratória e cardíaca, com consequente perda da consciência. Em uma PCR, os órgãos e tecidos de um indivíduo não recebem oxigenação e nutrientes necessários para manter as células vivas. Por isso, é necessário que a equipe de profissionais intervenha de maneira rápida e segura, promovendo a circulação e ventilação espontânea (CITOLINO FILHO et al., 2015). Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013, p.23) “a parada cardíaca pode ser causada por quatro ritmos: fibrilação ventricular (FV), taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia”.

Neste contexto, importa pensar ainda na segurança do paciente, componente fundamental da qualidade dos cuidados de saúde. Para tanto, avaliar a qualidade do cuidado prestado a fim de identificar aspectos positivos e negativos, que necessitem de melhorias, adequações e subsidiem capacitações em serviço é uma demanda atual (TASE, LOURENÇÃO, BIANCHINI, TRONCHIN, 2013).

A enfermagem é umas das profissões que possui a responsabilidade de não apenas registrar as informações sobre o processo de saúde e doença do paciente em seu prontuário, como também atuar de maneira segura neste tipo de atendimento. De uma forma geral, os registros das PCRs permitem a análise do tipo de atendimento prestado, fatores intervenientes, atuação dos membros da equipe e evolução do quadro clínico do paciente. A partir disto, a importância do registro no prontuário do paciente ganha dimensão significativa. Estes dados acabam por favorecer a organização e nortear melhorias da assistência ao identificar limites e desafios que possam ser supridos por meio de treinamento permanente da equipe.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn, 2016, p. 9) “a palavra prontuário deriva do latim “promptuariu” que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento.” De acordo com a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.638/2002, o prontuário é definido como:

[...] Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002).

Segundo o COFEn (2016), sendo os registros de enfermagem uma ferramenta fundamental no cuidado, as informações que serão escritas devem ser precisas e apropriadas, pois garantem que todos profissionais entendam as informações contidas nele, auxiliando na comunicação da equipe e servindo como objeto de estudo, nas pesquisas e ensino; nas auditorias e processos jurídicos; e nos planejamentos estratégicos de gestão e cuidado do serviço.

Segundo Canova et al. (2015), dos atendimentos emergenciais prestados nos serviços hospitalares, a PCR é o quadro de maior emergência atendida dentre todas as situações emergenciais recebidas, visto que é uma das principais causas de morbidade e mortalidade. No Brasil, a taxa de sobrevida é de 17%, mesmo quando ocorre um atendimento rápido e eficaz. Desta forma, registros completos e adequados quanto à atuação da equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem, podem indicar a qualidade do atendimento prestado, bem como nortear ações de educação que melhorem o atendimento e promovam o melhor cuidado.

Em uma situação de PCR, é estimado que a cada minuto em que a vítima não recebe a reanimação cardiopulmonar (RCP), a sua chance de sobrevida cai em 10% (CANOVA et al., 2015). Por isso, é importante que a equipe de Enfermagem saiba identificar os sinais clínicos de uma PCR, uma vez que somos os profissionais que passam vinte e quatro horas com o usuário. Os sinais clínicos da PCR incluem: “perda da consciência, respiração ofegante ou apneia e ausência de pulso em grandes artérias, sendo o sinal clínico de certeza a ausência de pulso carotídeo” (CANOVA et al., 2015, p. 7096).

Para a AHA (2015, p.5), os pacientes que tiverem PCR necessitam de um sistema de vigilância competente, com a finalidade de se ter uma resposta rápida e imediata. Em função disso, preconiza a criação de um time de respostas rápidas (TRR) ou de times de emergências médicas (TEM):

[...] TRRs ou TEMs foram estabelecidos para fornecer intervenção inicial em pacientes com deterioração clínica, com o objetivo de prevenir a PCRIH (parada cardiorrespiratória intra-hospitalar). As equipes podem ser compostas por diversas combinações de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Essas equipes são geralmente convocadas ao leito do paciente quando a equipe do hospital identifica uma deterioração aguda. O time, normalmente, traz consigo equipamentos e medicamentos para monitoramento de emergências e ressuscitação (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015, p. 5).

Como intervenções à PCR foram desenvolvidas as manobras de RCP. Segundo Canova et al. (2015), esta é definida como manobras realizadas para promover a circulação de sangue oxigenado pelo organismo, principalmente ao coração e ao cérebro, na tentativa de manter a viabilidade tissular, até que sejam recuperadas as funções ventilatórias e cardíacas espontâneas.

A RCP, segundo Silva et al. (2016, p. 427) deve ser feita de forma “rápida, apropriada, coordenada e padronizada, para que se alcance o sucesso em sua reversão”. Para a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013, p. 3):

[...] Uma RCP bem-sucedida depende de uma sequência de procedimentos que pode ser sistematizada no conceito de corrente de sobrevivência. Esta corrente de sobrevivência é composta por elos que refletem em ações importantes a serem realizadas, cujos impactos na sobrevivência de uma vítima de PCR são grandes e que não podem ser considerados isoladamente, pois nenhuma destas atitudes sozinha pode reverter a maioria das PCRs (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013, p. 3).

Há no Brasil e no mundo uma grande incidência de PCR, tornando-se um problema de saúde pública mundial, com altos índices de mortalidade. Porém observa-se uma subnotificação desses acontecimentos e a ausência de estudos mais completos, principalmente no Brasil, que retratem este quadro. Estima-se que haja 200.000 PCR ao ano, no Brasil, sendo que metade ocorre no ambiente hospitalar e metade em ambientes externos (GONZALEZ et al, 2013).

No atendimento a PCR a equipe composta no atendimento deve estar em sincronia para que a RCP tenha êxito. Os profissionais atuantes são os Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos e Fisioterapeutas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Durante a graduação em enfermagem, na quinta fase do curso, tive a oportunidade de presenciar e participar de atendimentos à PCR em uma emergência hospitalar. Percebi que os atendimentos prestados pela equipe não costumam ser amplamente descritos nos prontuários. Reflexões e questionamentos acerca das situações vividas despertaram o meu interesse em investigar a prática desta intervenção. Assim, busco responder a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as características das paradas cardiorrespiratórias atendidas pela equipe de saúde de hospitalar privado?

Este estudo é parte de um macroprojeto em desenvolvimento em um hospital de médio porte da região Sul do Brasil. Este macroprojeto visa instituir ações de capacitação em serviço para a equipe multiprofissional, por meio do desenvolvimento de um Time de Resposta Rápida, que objetiva, a partir dos sinais e sintomas de piora clínica súbita e inesperada deflagrados, intervir precocemente e prevenir a ocorrência de PCRs. A instituição promotora deste estudo pretende reduzir o número de eventos adversos evitáveis, melhorando a qualidade assistencial, promovendo diagnóstico situacional de como é e tem sido desenvolvido o atendimento às PCRs e articulando, a partir destes dados, um processo educativo junto à equipe multiprofissional.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as características das paradas cardiorrespiratórias atendidas pela equipe de saúde em hospital privado por meio dos registros em prontuário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os registros realizados por enfermeiros no atendimento à parada;
- Caracterizar os desfechos das paradas cardiorrespiratórias atendidas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Dentre as emergências que causam ameaça a vida está a PCR, a mais temida visto que o sucesso de reversão depende diretamente do rápido atendimento, da sua eficácia e segurança (ALVES et al., 2013). Ela consiste na “interrupção súbita e inesperada das funções vitais que se caracteriza pela cessação dos batimentos cardíacos, ausência de movimentos respiratórios e ineficiência circulatória” (SILVA et al., 2016, p. 130).

Ainda que os avanços nos estudos e nas práticas que englobam a PCR estejam cada vez mais eficientes, muitas pessoas acabam morrendo anualmente. Dessa perspectiva, podemos considerar a PCR uma questão de saúde pública. Apesar de não se ter uma exatidão do problema, visto que muitos registros não são realizados e acaba gerando uma escassez de estatísticas, estima-se que anualmente ocorrem 200.000 PCRs no Brasil, sendo que metade destes ocorre no ambiente intra-hospitalar, e o restante em ambientes extra-hospitalares. (Gonzalez et al., 2013)

A causa de uma PCR é proveniente de um evento elétrico cardíaco. Quando ocorre um aumento da frequência cardíaca, como a taquicardia ventricular (TV) ou a FV, ou a diminuição da mesma, no caso da bradicardia ou o bloqueio atrioventricular; na ausência de frequência, a assistolia; e quando o coração possui atividade elétrica, mas não há contratilidade é denominada AESP (MENEZES; ROCHA, 2013). Dessa forma, a PCR é causada por quatro ritmos, a assistolia, AESP, FV e TVSP.

Segundo Gonzalez et al. (2013), na população adulta que tiveram uma parada cardiorrespiratória intra-hospitalar (PCRIH), os ritmos cardíacos que obtiveram o maior índice como ritmo inicial de uma PCR foram a assistolia com 39%, seguida da AESP com 37%. Os ritmos que cardíacos que apresentaram a maior taxa de sobrevivência foram a TVSP (24%) e a FV (23%). A taxa de sobrevivência sob um aspecto geral em que é considerado todos os quatro ritmos é de apenas 18%.

Para Nacer e Barbieri (2015) as informações obtidas a partir da sobrevivência de pessoas que tiveram uma PCRIH, podem ser utilizadas como uma ferramenta de avaliação do serviço prestado, tendo como objetivo o aprimoramento da RCP. A taxa de sobrevivência pós PCR depende diretamente da efetividade das ações realizadas no suporte a vida da pessoa. Ainda para as autoras os registros de uma PCRIH é pouco relatada na literatura, sendo que “os valores variam entre um e cinco eventos por 1.000 internações, ou 0.175 eventos/leito por ano. Relatos de sobrevivência à alta hospitalar variam de 0%

a 42%, o intervalo mais comum é entre 15% e 20%.” (NACER E BARBIERI, 2015, p. 2).

Em junho de 1990, ocorreu em Utstein, na Noruega, uma reunião em que a *American Heart Association* (AHA), a *European Resuscitation Council* (ERC), a *Heart and Stroke Foundation of Canada* (HSFC) e a *Australian Resuscitation Council* (ARC) tinham como finalidade debater a falta de padronização em uma escrita nos relatórios referentes a PCR em adultos em um ambiente extra-hospitalar. No mesmo ano, em dezembro, ocorreu em Surry, Inglaterra, outra reunião em que ficou decidido se utilizar o termo “*Utstein-style*”, ou Modelo Utstein, como medida organizacional dos relatórios de parada cardiorrespiratória extra-hospitalar (PCREH). Com a continuidade desse processo, esse mesmo modelo passou a ser utilizado também como modelo base para os relatórios das PCRIH. Essa padronização tem permitido uma maior compreensão da RCP, facilitando também o avanço dos estudos e melhorias nas diretrizes do AHA (NACER E BARBIERI, 2015).

Na tentativa de reverter uma PCR, é realizada a manobra de reanimação cardiopulmonar (RCP).

A RCP é definida como manobras realizadas em uma PCR com o intuito de estimular a circulação sanguínea espontânea do corpo, para manter a viabilidade dos órgãos e tecidos (CANOVA et al., 2015).

A AHA (2015) divide o atendimento a PCR em dois tipos: o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). O SBV, normalmente, é descrito como uma sequência de ações, caracterizadas pelas compressões torácicas, abertura das vias aéreas, respiração artificial e desfibrilação. O SAV constitui-se na utilização de medicamentos e no tratamento da causa de PCR.

A AHA (2015) enfatiza a importância do uso de cadeias de sobrevivência. Na ocorrência de uma PCRIH, a eficácia do atendimento está diretamente relacionada ao reconhecimento precoce da PCR e a intervenção rápida da RCP.

Essa cadeia de sobrevivência constituída por elos, para Gonzalez et al. (2013, p 3), “refletem em ações importantes a serem realizadas, cujos impactos na sobrevivência de uma vítima de PCR são grandes e que não podem ser considerados isoladamente, pois nenhuma destas atitudes sozinha pode reverter a maioria das PCRs.” Por isso uma RCP de qualidade depende diretamente da qualidade do serviço prestado pela equipe de Enfermagem, medicina e fisioterapia, formando assim o TRR.

Para se realizar uma RCP de qualidade deve-se seguir as recomendações feitas pela AHA. Em relação às compressões torácicas, eles devem ter uma frequência de 100 á 120 compressões por minutos. Para AHA (2015):

O número de compressões torácicas aplicadas por minuto a RCP é um fator determinante importante do retorno da circulação espontânea (RCE) e da sobrevivência com boa função neurológica. O número real de compressões torácicas aplicadas por minuto é determinada pela frequência das compressões torácicas e o número e a duração das interrupções nas compressões (para por exemplo, abrir a via aérea, administração de ventilação de resgate, permitir a análise DEA). [...] A aplicação de compressões torácicas adequadas exige ênfase não somente na frequência adequada de compressões, mas também em minimizar interrupções a este componente crítico da RCP (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015, p. 7).

A profundidade dessas compressões devem estar entre 5 e 6cm. (AHA, 2015). Esse limite de profundidade visa ter um limite máximo para que não ocorra complicações. (AHA, 2015)

O uso de desfibriladores em pacientes que estão em FV deve ser inferior a 3 minutos, por isso o mesmo deve ser utilizado o mais rápido possível. Caso o paciente não esteja em monitoramento ou quando não houver um desfibrilador, deve-se continuar com as compressões sem interrupção até que o desfibrilador esteja preparado. (AHA, 2015)

Quando o paciente estiver com via aérea avançada, deve-se realizar 1 ventilação a cada 6 segundos, totalizando 10 respirações por minuto, enquanto são aplicadas as compressões torácicas. Não se deve parar de realizar as compressões enquanto estiver ventilando o paciente com via aérea avançada. Caso o paciente não esteja com via aérea avançada, deve-se utilizar o dispositivo bolsa válvula máscara (AHA, 2015).

A epinefrina pode ser administrada o mais rápido possível após a detecção da PCR devido a um ritmo não chocável (AHA, 2015).

O uso da lidocaína após o retorno da circulação espontânea por PCR devida a uma TVSP e FV pode ser considerada, visto que em estudos recentes, o uso da mesma em pacientes que sobreviveram pós uma PCR, mostrou uma diminuição na incidência de FV e TVSP, mas não mostrou benefícios a longo prazo (AHA, 2015).

Segundo a AHA (2015) os Enfermeiros, Médicos e Fisioterapeutas são os profissionais que fazem parte do TRR e que devem agir frente a esta intercorrência.

Os TRR foram criados para agirem na tentativa de prevenir ocorrências e de PCRIH e consequentemente na melhoria do atendimento prestado. Para que ocorra a detecção precoce com a finalidade de obter melhores desfechos para o paciente, é necessário que se estabeleça alguns critérios para o acionamento do TRR. Posteriormente as definições dos critérios, são essenciais à divulgação e o treinamento para os profissionais que compõe o TRR, com o objetivo de promover uma melhor comunicação e efetividade o atendimento prestado (VEIGA et al., 2013).

O TRR formado, será acionado quando a equipe de saúde percebe uma piora aguda no quadro do paciente. O time deve levar consigo medicações e aparelhos necessários para agir frente a PCR. (AHA, 2015)

A equipe de enfermagem, por estar vinte e quatro horas cuidando do paciente, geralmente são os profissionais que identificam a ocorrência de um PCR (ALVES et al., 2013). Para que o atendimento prestado ocorra de forma segura, os profissionais devem ter o conhecimento científico e técnico necessário para agir durante a PCR. Por isso, é necessário que o Enfermeiro, que desempenha um papel de liderança na equipe de enfermagem, mantenha a sua equipe atualizada para intervir segundo os protocolos de atendimento frente a uma PCR.

Segundo Silva e Machado (2013), as diretrizes do AHA foram desenvolvidas para que os profissionais que atuam na RCP possam se embasar cientificamente com o intuito de realizar a manobra corretamente. Os mesmos autores ressaltam ainda, que na RCP deve-se ter a presença de um líder, com a finalidade de designar as tarefas e coordenar o atendimento prestado. Logo a equipe de enfermagem em conjunto com a equipe médica, desempenham papéis fundamentais na sobrevida do paciente.

Silva e Machado (2013) afirmam ainda que “o enfermeiro exerce um papel fundamental no atendimento juntamente com a equipe médica, considerando a sobrevivência dependente diretamente do sucesso dessa atuação como participante da equipe multiprofissional”.

Segundo o COFEn (2016, p. 9) a palavra prontuário tem sua origem do latim *promptuariu* “ que significa lugar onde se guarda aquilo que deve estar à mão, o que pode ser necessário a qualquer momento.”

Para o COREn- SP (2009, p. 5) o prontuário do paciente é “todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência.”

Com o avanço da informatização, os serviços de saúde estão utilizando como ferramenta o prontuário eletrônico.

No âmbito hospitalar, a comunicação entre os profissionais acontece de várias formas, podendo ser feita através da observação, da escrita ou da fala, com a finalidade de proporcionar uma assistência de qualidade. Por isso a comunicação deve ser feita de maneira eficiente, para que não ocorra divergências de informações sobre a saúde do paciente (PEDROSA et al., 2011).

Os mesmos autores afirmam ainda que os registros clínicos feitos nos prontuários dos pacientes são uma ferramenta fundamental para uma comunicação segura entre os profissionais que compõe a equipe multiprofissional. Além disso, é um meio que pode ser utilizado como avaliação dos serviços prestados pela unidade de saúde.

Os registros de enfermagem são essenciais para a prática da enfermagem, pois se constitui uma comunicação escrita das informações pertinentes ao paciente. Vale ressaltar que os registros estão sempre evoluindo, buscando sempre qualidade e precisão (PEDROSA et al, 2011).

Eles contêm dados dos cuidados prestados durante sua internação hospitalar. Os registros são indispensáveis no processo do cuidado, já que são importantes para a comunicação como também como fontes de pesquisas no meio acadêmico, mas também servem para auditorias e nos processos judiciais como documentos legais (PEDROSA et al, 2011).

Para o COREn- SP (2009), os registros de enfermagem além de servirem como meio de comunicação entre a equipe de enfermagem e os outros profissionais, são considerados também documento legal, respaldando a conduta e ações da equipe de enfermagem. Atitudes e práticas incorretas com o paciente podem gerar consequências éticas e legais para o profissional, tendo este que responder legalmente os seus atos. Sob esta perspectiva, os registros de enfermagem são uma ferramenta legal que os profissionais possuem para se defender e utilizar como prova jurídica.

Segundo a resolução do COFEn 311/2007 que aborda o Código de Ética sob o Art. 25º são responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem “registrar no

prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar.”

O COFEn, por meio da resolução 429/2012, que “dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico”, sob o domínio do Art. 1º determina que:

É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência. (COFEn, 2012)

O Art 2º da mesma resolução, determina que os profissionais da enfermagem devem registrar as seguintes informações:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas. (COFEn, 2012)

Pedrosa et al. (2011) afirmam que os registros nos prontuários devem conter as anotações de procedimentos de enfermagem realizados, as intercorrências descritas e a evolução de enfermagem. Afirmam ainda, que alguns requisitos devem ser cumpridos para a realização dessa prática:

Estes devem ser feitos de modo objetivo, sem valores, julgamentos ou opiniões pessoais; devem ser incluídas as informações fornecidas pelo paciente e família; devem ser evitadas generalizações, inclusive termos vagos, pois são passíveis de múltiplas observações; os dados devem ser descritos o mais completo possível, de modo claro e conciso; devem ser escritos de modo legível, em caso de erros, não se deve ocultar o registro inicial, ou seja, faz-se o desenho de uma linha sobre o item incorreto, a escrita de “registro incorreto”, e a efetivação do registro. O uso de corretores,

borrachas ou linhas cruzadas não são aceitos; a escrita deve ser de acordo com a norma gramatical e só devem ser incorporadas as abreviações aprovadas para uso no local de trabalho específico. (PEDROSA et al., 2011, p. 569)

A resolução do COFEn Nº 0545/2017, que aborda a mudança nas siglas das categorias nas anotações de Enfermagem, sob o Art. 2º afirma que “a anotação do número de inscrição dos profissionais de Enfermagem é feita com a sigla do Coren, acompanhada da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional, seguida do número de inscrição, separados todos os elementos por hífen.”

Dessa maneira, o enfermeiro que representa um papel de liderança na sua equipe, deve ressaltar a importância de realizar os registros de enfermagem de forma correta no prontuário do paciente, enfatizando que essa ação faz parte do seu processo de trabalho. (PEDROSA et al, 2011)

As anotações de Enfermagem são de responsabilidade da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). As informações escritas auxiliarão o enfermeiro a estabelecer um plano de cuidado, a prescrição de enfermagem, análise dos cuidados realizados e a evolução de enfermagem. Portanto, as anotações de enfermagem são essenciais para realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A resolução do Cofen 358/2009, que “dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências”, através do Art. 1º: decreta que “o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”. Segundo o Art. 2º da mesma resolução “o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes”:

I: Coleta de dados ou histórico de Enfermagem que consiste na “obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença”.

II: Diagnóstico de Enfermagem é o “processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa [...], e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados”.

III: Planejamento de Enfermagem ocorre a “determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas [...], identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem”.

IV: Implementação é a “realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem”.

V: Avaliação de Enfermagem caracteriza-se pelo “processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças [...], para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado”. É nesta etapa também que é observado a necessidade de realizar alterações em alguma das outras 4 etapas da sistematização.

A evolução de Enfermagem faz parte do processo de Enfermagem. Na evolução, o enfermeiro deve “reunir dados sobre as condições anteriores e atuais do paciente e família para, mediante análise, emitir um julgamento; mudanças para piora ou melhora do quadro, manutenção das situações ou surgimento de novos problemas”. (Cofen, 2016, p. 18). A evolução do paciente é realizada diariamente, pois dessa forma é possível visualizar se os cuidados propostos na SAE estão sendo adequados para o paciente.

Contudo, Pedrosa et al. (2011) afirma que a “documentação da assistência de enfermagem é um ponto deficiente no processo de assistência dessa profissão, e que em muitas instituições tais anotações não são realizadas.” Os autores ainda afirmam que as causas de carência dos registros feitos por enfermeiros, estão associados ao trabalho que os enfermeiros muitas vezes exercem em atividades administrativas, deixando de realizar o gerenciamento da assistência diretamente.

O CFM, através da resolução 1.638/2002 define prontuário médico como:

[...] Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002).

A mesma resolução ainda afirma que prontuário médico é de responsabilidade dos médicos e da equipe de saúde que realiza o atendimento ao paciente. Em todas as instituições de saúde, é obrigatório se ter uma Comissão de Revisão de Prontuários, com

o intuito de identificar se os itens que devem constar em um prontuário e que são obrigatórios estão sendo registrados, independentemente se o mesmo for eletrônico ou em papel. O Art. 5º da resolução determina que os itens obrigatórios são:

a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

Nos hospitais, a prevalência das informações registradas “limita-se ao registro de dados apresentados pelo paciente, mostrando que há a necessidade de sistematizar os registros de enfermagem, para que este seja realizado adequadamente e, assim, possa proporcionar uma assistência eficiente.” (PEDROSA et al, 2011, p. 570)

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva, exploratória com delineamento transversal. A pesquisa quantitativa tem como objetivo a quantificação dos dados de uma amostra para a população alvo, buscando coletar a maior quantidade possível que representa a amostra, através de instrumentos estruturados, e a análise seja estatística. (GABRIEL, 2014)

A pesquisa documental tem como base o levantamento de dados através de documentos. Estes podem ser escritos ou não, como filmes, vídeos ou fotografias, e documentos de órgãos públicos ou privados, como os prontuários de pacientes. Os documentos pesquisados são classificados como fontes primárias e secundárias. O estudo documental recorre às fontes primárias, que são constituídas de dados que não sofreram nenhum tipo de análise crítica. Já as fontes secundárias utilizam “fontes cujos trabalhos escritos se baseiam na fonte primária, e tem como característica o fato de não produzir informações originais, mas, apenas, uma análise, ampliação e comparação das informações contidas na fonte original.” (FONTELLES et al, 2009, p. 7)

A pesquisa exploratória é caracterizada pela proximidade do pesquisador com o tema, com o objetivo de tornar familiar os fatos e fenômenos que englobam o problema em questão, buscando subsídios para indicar relações existentes e conhecer o tipo de relação. (FONTELLES *et al.*, 2009).

O estudo retrospectivo tem por objetivo obter as informações em fatos do passado, “o pesquisador pode marcar um ponto no passado e conduzir a pesquisa até o momento presente, pela análise documental” (FONTELLES *et al.*, 2009, p. 7). Segundo os mesmos autores, o delineamento transversal consiste em realizar a pesquisa “em um curto período de tempo, em um determinado momento, ou seja, em um ponto no tempo, tal como agora, hoje” (FONTELLES et al, 2009, p. 7).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo foi um hospital geral de médio porte, com 120 leitos. Atende em média 1.500 casos por mês, apenas pacientes conveniados ou particulares. Possui unidades de internação clínica e cirúrgica, centro cirúrgico, Unidade de Terapia

Intensiva e Pronto Atendimento. Não atende público infantil, embora, tenha um registro de atendimento a menores de 18 anos em PCR, provavelmente por ter sido uma emergência.

Os prontuários são em parte eletrônicos em parte, físicos. O plano institucional é migrar integralmente para prontuários eletrônicos no ano de 2019, de modo que este estudo apresentará subsídios inclusive para tal. O macroprojeto a que este recorte está atrelado iniciou em março do corrente ano, objetivando, primariamente, conhecer a realidade institucional no que concerna às paradas cardiorrespiratórias ocorridas em parte da instituição, excetuando-se a Unidade de Terapia Intensiva, em consonância com os objetivos do futuro Time de Resposta Rápida.

A equipe de enfermagem é composta por aproximadamente 80 enfermeiros e 140 técnicos de enfermagem. O Processo de Enfermagem não é eletrônico até o momento e os registros dos enfermeiros e equipe ocorrem, em sua grande maioria, ainda em prontuário físico.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é definida “como o conjunto a que se pretende estudar e indivíduo uma peça deste conjunto”. (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2013, p. 4). A amostra é considerada uma “fração da população delineada na pesquisa” (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2013, p. 4). Amostra pode ser probabilística ou não probabilística, sendo uma parcela da população, ou de determinado universo, definida de acordo com regras características previamente definidas (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A população foi constituída por todos os prontuários/fichas de atendimentos de pacientes vítimas de PCR entre os anos de 2012 e 2017. Justifica-se esse período, pelo fato de que os registros começaram a ser exigidos a partir de meados de 2012.

A amostra foi constituída por 117 fichas que atenderam aos critérios de inclusão: ter sofrido PCR e recebido atendimento em qualquer uma das unidades hospitalares, excetuando-se a Unidade de Terapia Intensiva. A Unidade de Terapia Intensiva não foi incluída, pois nesse cenário não se realiza os registros referentes a PCR. Como critérios de exclusão, previu-se apenas prontuários ilegíveis, o que não ocorreu neste estudo.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta ocorreu no período de junho a agosto de 2018, em horários definidos pela chefia e pesquisadores. As informações coletadas foram compiladas, tabuladas e armazenadas em planilhas do programa Microsoft Office Excel, compondo o banco de dados do estudo.

As informações foram coletadas nos prontuários conforme critérios definidos. A instituição está em fase de adequação nos prontuários eletrônicos, por isso as informações foram coletadas tanto dos prontuários físicos, quanto no sistema eletrônico.

No conjunto de variáveis que dizem respeito à PCR buscou-se os horários dos eventos (colapso, equipe RCR chamada, equipe da RCR chegada, parada confirmada, RCR iniciada, primeira desfibrilação, via aérea obtida, primeira dose de adrenalina; condição inicial (consciente, respirando, pulso); RCR terminada (hora); porque, RCE, morte, se circulação espontânea (hora), retorno da circulação espontânea (RCE) não sustentada (por quanto tempo); ritmo inicial (FV, TV, AESP, assistolia, bradicardia, ritmo com perfusão); assinalar se houve compressões torácicas, desfibrilação, via aérea; assinalar causa imediata (arritmia letal, hipotensão, depressão respiratória, metabólica, infarto agudo do miocárdio (IAM) ou isquemia, desconhecida, outra); quadro para anotações do tratamento durante a RCR com as seguintes colunas, horário, comentários, sinais vitais, ritmo, desfibrilação, medicações, dose, via (CUMMINS et al., 1997b).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

A organização, armazenamento e análise dos dados se deu por meio de codificação em um banco de dados informatizado (*Microsoft Excel*). Os resultados são apresentados em números absolutos e percentuais em forma de tabelas.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo seguiu a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) respeitando a dignidade, a liberdade e a autonomia humana de forma ética, sendo esta considerada inerente ao desenvolvimento da ciência e tecnologia (BRASIL, 2012).

O estudo compõe macroprojeto cujo numero de aprovação junto ao CEP é 2.722.918, tendo sido submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina. O termo de compromisso para utilização de dados foi solicitado junto à instituição hospitalar. Somente após esta etapa a pesquisa foi realizada. Por tratar-se de pesquisa documental, considerou-se a ausência de riscos. Não há identificação de pacientes ou profissionais. Os dados obtidos pelos pesquisadores no decorrer do estudo permanecerão sob sua posse e serão conservados por um período de cinco anos, após este período, serão destruídos.

Após a finalização do estudo será disponibilizado uma copia do mesmo para a instituição. Os resultados da pesquisa poderão ser expostos em eventos científicos ou submetidos à publicação.

5 RESULTADOS

Os resultados e discussões são apresentados na forma de manuscrito, conforme determinação da disciplina de TCC do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, que orienta os trabalhos de conclusão de curso.

A presente pesquisa resultou em um manuscrito intitulado: Registros e características de paradas cardiorrespiratórias em hospital privado: subsídios para educação em serviço.

5.1 MANUSCRITO

REGISTROS E CARACTERÍSTICAS DE PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS EM HOSPITAL PRIVADO: SUBSÍDIOS PARA EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

Taynara Gral da Silva ¹

Daniele Delacanal Lazzari

¹ Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2018). Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: taynara.gral@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem. Membro do Laboratório de Pesquisas no Cuidado de Pessoas em Situações Agudas de Saúde-GEASS. Florianópolis, Santa Catarina. E-mail: daniel-elazza@gmail.com

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as características das paradas cardiorrespiratórias atendidas pelos profissionais de saúde de um hospital privado. Pesquisa documental, retrospectiva, quantitativa, realizada em Porto Alegre em um hospital privado de médio porte. Os dados foram extraídos de registros dos profissionais que prestaram atendimento frente a parada cardiorrespiratória no período de 2012 à 2017 de prontuários eletrônicos e físicos, anotados no Microsoft Office Excel. A amostra foi de 117 prontuários/ fichas de atendimento. Predominou pacientes do sexo feminino (n=73), faixa etária de 30 a 49 anos (n=34), o pronto atendimento que teve o maior índice de atendimento (n=89), 74 paradas foram testemunhadas, o ritmo inicial que predominou foi AESP (n=61) com 27 reversões, o tempo de duração do atendimento foi de 11 a 30 minutos (n=68) . Dos 117 prontuários analisados, nenhum deles apresentava registro do

enfermeiro referente à parada. Alguns dos resultados da pesquisa divergem de outros estudos apresentados.

Palavras-chave: Registros. Parada cardiorrespiratória. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Os registros de enfermagem representam a comunicação em forma escrita. Os registros são essenciais para a realização de um cuidado integral, pois possibilita a comunicação com os outros membros da equipe de enfermagem, como também dos outros profissionais de saúde. Além de servirem como norteadores para um bom planejamento do cuidado, os registros servem para a realização de auditorias, auxiliam em processos jurídicos, além de contribuírem para a produção de pesquisas (GOMES *et al.*, 2016)

As informações escritas sobre a saúde dos pacientes em seus prontuários devem ser claras, objetivas, necessitam ser diárias, pois asseguram uma continuidade do cuidado. Contudo, muitos enfermeiros acabam por não realizar os registros, ou se realizam são incompletos. Essa falta acarreta em um mau planejamento das atividades e de suas ações (GOMES *et al.*, 2016). Os autores ainda reforçam que essa pratica pode resultar na invisibilidade da enfermagem.

A PCR é considerada uma situação de emergência, em que a pessoa apresenta uma cessação repentina dos batimentos cardíacos e da respiração. O sistema circulatório e respiratório é essencial para a vida, pois sem o funcionamento correto o corpo fica sem a troca de oxigênio e dos nutrientes. O cérebro com cinco minutos ou mais de hipóxia, que é a baixa concentração de oxigênio, pode acarrear em consequências irreversíveis. Os ritmos cardíacos encontrados como desencadeadores da PCR são assistolia, TVSP, AESP e FV (BARBOSA *et al.*, 2018).

A PCR é uma intercorrência frequente e pode ser fatal. Anualmente, cerca aproximadamente 300 mil indivíduos são atendidos em serviços de emergência devido a PCR. A taxa de sobrevivência varia entre 9,5% a 24,2%, e a metade dos sobreviventes acabam evoluindo com sequelas neurológicas irreversíveis (CAMPANHARO *et al.*, 2015).

É função do enfermeiro intervir na PCR. Para isso, devem estar preparados para agir com rapidez e eficiência na RCP, pois o prognóstico está diretamente ligado nas tomadas de decisões e nas ações prestadas ao paciente. Por isso, o enfermeiro deve estar

em constante aprimoramento e também estar ciente que deve auxiliar a sua equipe para atuar nessas situações (SILVA E MACHADO, 2013).

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, exploratória com delineamento transversal. O local do estudo foi um hospital de médio porte no Sul do Brasil, com 120 leitos. Possui unidades de internação clínica e cirúrgica, pronto atendimento, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva.

Para a coleta de dados foram utilizados prontuários eletrônicos e físicos. O processo de enfermagem até o momento não é eletrônico, e os registros dos enfermeiros e equipe ocorrem em grande maioria no prontuário físico.

A população foi estabelecida por prontuários ou fichas de atendimentos dos pacientes que tiveram PCR entre os anos de 2012 à 2017. A amostra ficou com 117 prontuários. Os critérios de inclusão foram: prontuários de pacientes que tiveram PCR e tiveram atendimentos em alguma das unidades hospitalares, excluindo a unidade de terapia intensiva. Os critérios de exclusão foram: prontuários ilegíveis, o que não aconteceu nessa pesquisa. Foi possível analisar todos os prontuários, sem exceção.

No que se refere à análise qualitativa dos prontuários, o seguinte critério foi estabelecido: ótimo, quando todas as prescrições estavam checadas de modo completo; assinaturas e carimbos em todas as anotações e evoluções de enfermagem; anotações completas (durante a internação, alta ou óbito) e inteligíveis; presença da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) completa. Bom, quando a maior parte das prescrições estavam checadas adequadamente; assinatura completa e uso de carimbo nas anotações e evoluções de enfermagem; anotações completas (internação, intercorrências, alta ou óbito), seguindo as orientações do protocolo; SAE incompleta ou preenchida de modo inadequado. Regular, quando parte das prescrições não estavam checadas; assinatura incompleta e ausência de carimbo na maioria das anotações e evoluções de enfermagem; anotações incompletas (internação, intercorrências, alta ou óbito) seguindo parcialmente as orientações do protocolo; ausência do levantamento de dados no prontuário, existindo apenas prescrição e evolução de enfermagem. Ruim, quando grande parte das prescrições não estava checada; ausência de assinatura e carimbo na maioria das anotações e evoluções de enfermagem; faltavam anotações de

intercorrências, alta ou óbito; inadequação ou inexistência da evolução de enfermagem; ausência do levantamento de dados no prontuário.

Salienta-se que os dados registrados estavam totalmente em desacordo com o preconizado na instituição em termos de qualidade dos registros. Apenas de não haver uma ficha específica para descrição de eventos tais como a Parada Cardiorrespiratória, foram analisadas as evoluções e anotações de enfermagem 24 horas antes e depois do evento registrado. De maneira geral, a PCR foi registrada na mesma folha da prescrição médica, pelo médico responsável pelo atendimento.

Os dados foram coletados de junho a agosto de 2018, e as informações foram armazenadas em planilhas do Microsoft Office Excel, bem como a organização e análise dos dados. Os resultados da pesquisa são apresentados em números absolutos e percentuais em forma de tabelas.

O estudo seguiu a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi solicitado o termo de compromisso da instituição hospitalar para utilização dos dados.

RESULTADOS

Na amostra obtida através da pesquisa realizada nos prontuários de pacientes, ocorrem entre os anos de 2012 a 2017, 117 casos registrados de PCR. Na tabela 1, referente à distribuição das paradas cardiorrespiratórias quanto ao sexo e a idade. O sexo feminino foi o que predominou nesses 6 anos, com um total de 73 casos. Os anos de 2013 e 2016 foram os que se sobressaíram aos demais, ambos com 19 casos. O sexo masculino com os restantes 44 casos teve o maior índice de PCR no ano de 2017 com 12 casos registrados.

Em relação à faixa etária dos pacientes, 24 o maior índice de PCR ocorreu com pacientes que estavam entre 60 a 69 anos. O maior índice de vítimas quanto à idade referente ao período da amostra, ocorreu em 2013, em que a faixa etária predominante foi de 70 a 79 anos com 11 casos registrados. No mesmo ano, teve um único registro de toda a amostra de 0 a 9 anos. Não foi registrado nenhum caso de PCR em pessoas de 10 a 19 anos.

O tempo médio de internação antes da parada cardiorrespiratória foi de 5 ± 8 dias. As doenças apontadas como causas principais da parada cardiorrespiratória foram:

doença arterial coronariana em 36 (30,76%) pacientes, choque séptico em 29 (24,78%), tromboembolismo pulmonar em 15 (12,82%) e insuficiência cardíaca em 14 (11,96%). Outras doenças, 18 casos (15,38%), observadas foram: hiperpotassemia, choque hipovolêmico, acidente vascular encefálico, pneumotórax, tamponamento cardíaco e em 5 (4,27%) casos, etiologia desconhecida.

Com relação aos registros de enfermagem, as evoluções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros estavam presentes 78 (66,66%) prontuários, porém, nenhuma relativa ao evento PCR ou atendimento. Nestes e nos demais (contabilizando os 117 prontuários), 83 (70,94%) possuíam prescrição de enfermagem e destes, 60 (72,28%) com registros de checagem. A checagem da prescrição médica constava em 98 (83,76%) dos prontuários, destes, 17 (17,34%) tinham a checagem completa e em 19 (19,38%) as checagens estavam ausentes dos prontuários.

Na análise qualitativa dos prontuários, portanto, 89 (76,06%) foram considerados ruins; 22 (18,80%) foram considerados regulares e 6 (5,12%) bons. Nenhum prontuário foi avaliado como ótimo. De modo geral, mesmo diante da ausência dos registros de PCRs por parte da equipe de enfermagem, os problemas encontrados nos registros de enfermagem nos prontuários foram: anotações e evoluções de enfermagem indistintas quanto ao conteúdo, ou ainda, muito semelhante à evolução médica, incluindo condutas e prescrições. Além disso, também apresentaram falhas como ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta e de siglas não padronizadas e sem referência em algum local do prontuário, bem como falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível. Estes dados não eram, em princípio, foco do estudo, mas por claramente indicarem a baixa qualidade dos registros foram considerados merecedores de análise.

Com relação às PCRs, especificamente, em 2012 teve somente 1 registro médico de PCR no sexo feminino. Isso ocorreu, pois, o hospital passou a exigir registros precisos a partir de meados deste ano, apenas. Até então, os registros, são em sua maioria falhos com relação às PCRs.

Tabela 1. Distribuição das paradas cardiorrespiratórias quanto ao sexo e a idade. Porto Alegre, 2018.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total Geral
------	------	------	------	------	------	-------------

	N	N	N	N	N	N	N
Sexo							
Feminino	1	19	12	6	19	16	73
Masculino	0	9	9	5	9	12	44
Total	1	28	21	11	28	28	117
Faixa etária (em anos)							
0 a 9	-	1	-	-	-	-	1
10 a 19	-	-	-	-	-	-	-
20 a 29	-	-	1	-	-	-	1
30 a 39	-	-	2	2	5	8	17
40 a 49	-	2	0	-	7	8	17
50 a 59	1	-	3	2	4	3	13
60 a 69	-	6	4	3	6	5	24
70 a 79	-	11	3	1	2	1	18
80 a 89	-	5	7	1	2	1	16
90 a 100	-	3	1	2	2	2	10
Total	1	28	21	11	28	28	117

Fonte: própria

Na tabela 2, que identifica a PCR quanto ao testemunho e as unidades de ocorrência, das 117 PCRs, 74 foram testemunhadas por algum integrante da equipe de saúde. Em 2016, das 28 PCRs 21 delas foram testemunhadas.

Dentre estes, o pronto atendimento foi o que mais teve casos de PCR com um total de 89 eventos.

Tabela 2. Identificação das paradas cardiorrespiratória quanto ao testemunho ou não e unidade de ocorrência. Porto Alegre, 2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total Geral
	N	N	N	N	N	N	N
PCR testemunhada							
Sim	1	10	16	8	21	18	74
Não	0	18	5	3	7	10	43
Total	1	28	21	11	28	28	117
Unidades em que ocorreram a PCR							
Unidades de internação	-	13	6	-	2	-	21
Centro cirúrgico	-	1	-	1	2	2	6
Pronto atendimento	1	13	15	10	24	26	89
Outros	-	1	-	-	-	-	1
Total	1	28	21	11	28	28	117

Fonte: própria

Quanto ao ritmo inicial da PCR, 61 das 117 foram em AESP, seguido de assistolia com 35. Em 2013, das 28 PCR registradas, 3 delas não tiveram o registro do ritmo inicial, sendo o único ano a não ter esse dado.

Das 117 PCRs, 47 foram revertidas, sendo a AESP com mais casos de reversão, 27 no total. Esse valor pode ser esperado devido ao grande número de ocorrências de PCRs com o ritmo AESP.

Tabela 3 - Ritmos de parada cardiorrespiratória e reversão. Porto Alegre, 2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total Geral
	N	N	N	N	N	N	N
Ritmo inicial							
Assistolia	-	9	6	3	7	10	35
AESP	-	12	10	6	16	17	61
TVSP	-	-	1	-	3	-	4
FV	1	4	4	2	2	1	14
Sem dados	-	3	-	-	-	-	3
Total	1	28	21	11	28	28	117
PCR revertidas							
Assistolia		3	2	-	2	-	7
AESP		5	4	3	7	8	27
TVSP/FV	1	3	4	1	5	-	13
Total	1	11	10	4	14	8	47

Fonte: própria

Na tabela 4, que mostra a duração do atendimento frente a parada cardiorrespiratória, o maior índice foi de 11 a 20 e de 21 a 30 minutos, ambos com 34 PCRs registradas. Reanimações com mais de 60 minutos, foram registradas 2 em 2014, sendo essas as únicas registradas durante os 6 anos. RCPs de 0 a 10 minutos estiveram em 21 dos 117 registros.

Tabela 4 - Tempo de duração do atendimento à parada cardiorrespiratória. Porto Alegre, 2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total Geral
	N	N	N	N	N	N	N
Duração do atendimento (em minutos)							
0 a 10	-	6	5	2	4	4	21
11 a 20	-	12	4	3	8	7	34
21 a 30	1	4	3	4	12	10	34

31 a 40	-	5	3	2	2	4	16
41 a 50	-	-	2	-	2	3	7
51 a 60	-	1	2	-	-	-	3
+ 61	-	-	2	-	-	-	2
Total	1	28	21	11	28	28	117

Fonte: própria

DISCUSSÃO

Nesse estudo, dos 117 prontuários dos pacientes que foram analisados, parte significativa possuía evolução de enfermagem feita pelos enfermeiros, porém nenhum desses registros eram sobre a PCR ou sobre as condutas realizadas especificamente neste tipo de atendimento. A prescrição de enfermagem e a checagem destes itens estavam presentes igualmente em parte significativa dos prontuários.

Desta forma, pela ausência marcante de registros e informações, a maioria dos prontuários foi considerada qualitativamente ruim quanto às informações existentes. Nenhum dos prontuários utilizados na pesquisa foi considerado ótimo.

Os dados obtidos referentes as PCRs foram obtidos dos registros feitos por médicos, nenhum registro de enfermagem contribui para os resultados relativos às paradas cardiorrespiratórias.

A ausência de registros feitos pelos enfermeiros é uma problemática grave, já que segundo a resolução do COFEn311/2007 que trata o Código de Ética, através do Art. 25º, diz que é responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem registrarem no prontuário do paciente, todas as informações essenciais para realizar o processo de cuidar. As anotações devem conter todos os procedimentos e tratamentos realizados nos pacientes.

A realização dos registros referente a PCR pelos enfermeiros é imprescindível, pois é o meio de avaliar os sinais e sintomas antes da PCR, a eficácia do atendimento prestado durante a PCR, como também a evolução clínica do paciente. Esses registros garantem o respaldo legal para os profissionais como para os pacientes. A escassez dos registros de enfermagem, acabam por desvalorizar a profissão, além disso os profissionais que não realizam essa dever, acabam por não estar seguindo o seu exercício profissional (FERNANDES *et al.*, 2010).

Em uma pesquisa realizada em um hospital universitário de São Paulo, onde o objetivo era a avaliação dos prontuários quanto a RCP, 144 prontuários foram analisados e todos esses prontuários foram de pacientes que forma a óbito no período de

1 de dezembro de 2008 a 28 de fevereiro de 2009. Destes 144 prontuários, 74 foram excluídos, pois 16 dos pacientes tiveram morte cefálica, e os restantes 58 não tinham informação alguma sobre a PCR. (FERNANDES *et al.*, 2010)

No Brasil, estima-se que ocorram cerca de 200 mil PCR ao ano, sendo metade deste valor no ambiente intra-hospitalar (FILHO *et al.*, 2015). As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de mortalidade, tanto nos países desenvolvidos quanto aqueles em desenvolvimento. No Brasil, as doenças cardiovasculares também são consideradas os maiores potenciais de mortalidade (BERTOGLIO *et al.*, 2008).

Para Silva *et al.* (2016), a PCR intra-hospitalar apresenta uma ocorrência de 1,6/1.000 admissões, sendo que destes, 52% acontecem na unidade de terapia intensiva (UTI). A sobrevida em média é de 18,4%. Esses valores podem variar quanto ao ritmo inicial da PCR, se o ritmo cardíaco for suscetível ao choque a sobrevida é de 49%, caso contrário o valor cai para 10,5%. Em um estudo nacional multicêntrico com uma amostra de 763 pacientes que tiveram uma PCR, sendo que destes 360 apresentaram a parada na UTI e na unidade coronariana, 13% foi a taxa de sobrevida até a alta hospitalar.

Uma pesquisa realizada em um hospital público estadual de São Paulo, que é referência em cardiologia, consultou os prontuários de pacientes da UTI de pós-operatório de cirurgia cardíaca. O período de pesquisa foi de 1 de janeiro de 2012 a 31 de maio desse mesmo ano. Nesse período internou em média 980 indivíduos, porém com o tempo limitado de coleta, o estudo foi realizado em prontuários de pacientes que foram a óbito, de ambos os sexos e de todas as idades, e o critério de exclusão foi morte encefálica. Desses 980 prontuários, 60 eram de pacientes que foram a óbito, dos quais 18 foram excluídos, sendo 2 devido ao diagnóstico por morte encefálica, e 16 por não conter registro de RCP. A amostra ficou composta então por 42 prontuários. (GRISANTE *et al.*, 2013)

No estudo de Grisante *et al.*(2013), 23 (54,8%) eram do sexo masculino, e 19 (45,2%) do feminino. A faixa etária (em anos) foi de 0-20 com 11(26,2%) casos, de 21-70 com 16 (38,1%), e dos 71-100 com 15 (35,7%). Logo, pacientes do sexo masculino e a idade de 21 a 70 anos, foram o que predominaram. Sobre o diagnóstico de internação, 10 (23,8%) pacientes possuíam cardiopatias congênitas, seguido de insuficiência coronariana com 7 (16,7%) casos. Em relação as causas da PCR, 13 prontuários não apresentavam nenhum registro sobre esse dado, porém dos restantes 55 prontuários, 14

(48,3%) deles foram devido a hipotensão, seguida de arritmia 7 (24,2%). (GRISANTE *et al.*, 2013).

Um estudo prospectivo realizado em um hospital universitário de dezembro de 2011 à dezembro de 2012, 452 pacientes tiveram uma PCR, sendo que 89 destes tiveram a RCP realizada e por isso foram incluídos nesse estudo. Ocorreram 96 casos de PCR entre esses pacientes, pois alguns deles tiveram uma PCR recorrente (SILVA *et al.*, 2016).

A idade média da amostra foi de 59 anos, com variações de 16 a 94 anos. A predominância foi do sexo masculino com 46 pacientes, representando 51,6%. Dentre os 89 pacientes, 48,3% possuíam hipertensão arterial sistêmica (HAS), 28% tinham diabetes mellitus (DM), 15,7% insuficiência cardíaca (IC), 7,8% câncer e 6,7% isquemia miocárdica. Como causas da PCR, hipotensão arterial foi a de maior frequência, seguida de depressão respiratória. Dentre os 89 pacientes, 45 (50,5%) tinham alguma cardiopatia, e a IC foi a mais frequente nesse caso (SILVA *et al.*, 2016).

Em ambos os estudos citado acima, o sexo masculino foi o que predominou, divergindo do resultado da pesquisa aqui apresentada, onde o sexo feminino foi o que mais prevaleceu. Quanto à faixa etária, somente o primeiro estudo demonstrou similaridade com os resultados obtidos, já que a idade que teve o maior índice foi de 60 a 69 anos. Contudo é válido salientar que o primeiro estudo possui uma maior faixa etária, e isso pode ter resultado a similaridade entre eles. Ambos os estudos apontam ainda que cardiopatias estavam presentes com maior índice, sendo que a IC foi predominante no segundo estudo.

Com relação a duração do atendimento, em estudo de Silva *et al.* (2016), a duração do atendimento prestado na PCR foi em média de 16,3 minutos, com variação de 2 a 107 minutos e mediana de 11 minutos, sendo que nas mulheres foi de 19,2 minutos, e nos homens 13,5 minutos. A média de internação, em dias, dos pacientes até o episódio da PCR foi de 10,3 dias, com a mediana de 5 dias.

Nos resultados apresentados na tabela 4, relativos ao tempo de duração do atendimento à parada cardiorrespiratória, os maiores índices foram de 11 a 20 minutos e de 21 a 30, em que ambos possuíam 34 casos registrados cada um, corroborando com os resultados da pesquisa realizada por Silva.

No estudo de Silva, 26 pacientes foram a óbito logo após a RCP, sendo que outros 70,7% obtiveram o retorno da circulação espontânea. Contudo, desses 70,7% de casos, 64% tiveram PCR recorrente, com 14,6% dos pacientes com menos de 20

minutos entre a primeira e a segunda PCR, 24,7% de 20 a menos de 24 horas e os restantes 24,7% tiveram outra PCR 24 horas após a primeira (SILVA *et al.*, 2016).

Ainda sobre o estudo realizado por Silva *et al.* (2016), 91 ritmos iniciais foram identificados, considerando os episódios recorrentes de PCR em um mesmo paciente. Destes, a assistolia foi o ritmo mais frequente com 42,7%. Os ritmos FV e TVSP tiveram 14,6% de episódios na primeira parada e nas PCRs recorrentes esse índice foi de 16,6%. A taxa de desfibrilação foi de 32,2% nas ocorrências.

Já no estudo realizado por Grisante *et al.* (2013), o ritmo cardíaco que iniciou a PCR foi bradicardia com uma taxa de 12 (37,5%), seguido de assistolia 9 (28,1%), AESP apareceu em 6 prontuários (18,7%), FV e TVSP foram apresentadas em 1 (3,1%), respectivamente. A desfibrilação foi registrada em 16,6% dos casos registrados. Dos prontuários consultados, 10 deles não possuíam a informação referente ao ritmo inicial da PCR.

Em relação ao ritmo inicial da PCR, os estudos acima divergem quanto ao ritmo que predominou, enquanto Silva mostra que foi assistolia, para Grisante foi bradicardia. Nenhum dos dois estudos corroboram com o resultado desta pesquisa, que obteve 61 prontuários com o ritmo inicial de AESP.

Para Bertoglio *et al* (2008), o ritmo cardíaco que inicia uma PCR em 80% dos casos é a fibrilação ventricular (FV). É considerada uma arritmia comum causando morte súbita. Caracterizada por causar uma desordem na propagação elétrica das ondas, a FV é o ritmo que causa uma maior quantidade PCR em cardiopatas, mas apresenta um grande sucesso de reversão, ainda mais se o paciente tiver uma intervenção rápida. Para reorganizar o ritmo cardíaco é necessário realizar a desfibrilação elétrica no paciente, e quanto mais precocemente for detectada e tratada, maior é a sobrevida do mesmo. Quanto maior for o tempo para o início do tratamento, menor as chances de conseguir se reverter o quadro, podendo acarretar em assistolia.

Para Filho *et al* (2015), a atividade elétrica sem pulso (AESP) é o ritmo cardíaco que predomina como ritmo inicial de uma PCR, seguido da FV e a taquicardia ventricular sem pulso (TVSP), sendo esses dois últimos ritmos com maiores chances de sobrevida.

Como na FV, na TVSP deve-se utilizar o desfibrilador elétrico. Se o desfibrilador for bifásico, a energia do choque deve ser entre 120 a 200 *Joules* (J), sempre considerando as orientações do fabricante. Caso não se tenha as orientações do fabricante, o profissional deve utilizar a energia máxima disponível no desfibrilador. Já

se o aparelho for monofásico, deve ser aplicado 360J em todas as vezes que for desfibrilar o paciente (GONZALEZ *et al.*, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Na AESP e assistolia não se deve aplicar a desfibrilação no paciente. Para a reversão desse quadro deve-se realizar as manobras de RCP, aplicar as drogas indicadas e identificar e tratar as causas que podem ser reversíveis. Após dois minutos ininterruptos de RCP, se o ritmo na monitorização estiver organizado, checka-se o pulso carotídeo, caso não tenha pulso palpável nesse período identifica-se a AESP (GONZALEZ *et al.*, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

Ter o conhecimento do ritmo inicial da PCR é essencial pois todo o cuidado e as intervenções dependem diretamente dele, influenciando na conduta dos profissionais e também na sobrevida do paciente. (SILVA *et al.*, 2016)

Com relação às unidades hospitalares em que ocorreram a PCR, Filho *et al.* (2015) afirmam que nas unidades de internação o evento acontece com menor frequência, visto que os pacientes apresentam menor gravidade e uma maior estabilidade clínica, do que aqueles que estão em uma unidade crítica.

Para Silva *et al.* (2016), a sobrevida do paciente é maior em casos de PCR intra-hospitalar, visto que nesse ambiente o início da manobra de reanimação deveria ser rápida, na tentativa de garantir o retorno da circulação espontânea o mais breve possível. Em alguns estudos, pacientes monitorizados em UTI possuem um desfecho melhor dos que estão em outras unidades, já que a PCR pode ser detectada precocemente, consequentemente obtendo intervenções imediatas.

CONCLUSÃO

Através da análise dos dados, foi possível visualizar que a maioria das pessoas atendidas pelo serviço do hospital, foram mulheres, e que a faixa etária predominante foi de 30 à 49 anos.

Em relação ao sexo dos pacientes, os estudos mostraram que a maioria dos indivíduos eram do sexo masculino, divergindo dos resultados encontrados nessa pesquisa. Em relação a idade, somente um de dois estudos apresentados se equiparou nas idades.

Quanto ao ritmo inicial da PCR, nenhum dos estudos apresentados corroboraram com os resultados desta pesquisa. Ocorreu divergências entre os dois estudos e esta

pesquisa, que mostrou que AESP foi o ritmo com maior frequência em 61 casos dos 117. Das 117 PCRs analisadas, 47 conseguiram ser revertidas, e a AESP foi a que teve maior índice de reversão, provavelmente por ter sido o ritmo predominante de início da PCR. Um autor somente cita que AESP é o ritmo que predomina como início de PCR, seguido de FV e TVSP.

Nesta pesquisa, ficou evidente que o pronto atendimento é a unidade em que teve a maior quantidade de PCRs da amostra, seguido das unidades de internação. Das PCRs registradas 74 forma testemunhadas por algum profissional de saúde, e o tempo da intervenção foi de 11 a 30 minutos.

Coletando os dados, foi possível observar que não teve nenhum registro dos enfermeiros sobre a PCR. Existiam evoluções e prescrições de enfermagem, porém ainda assim a análise qualitativa desses dados foram ruins. Resultados como esse acabam não visibilizando o trabalho da enfermagem.

Acreditamos que se faz necessário a realização de treinamentos com os enfermeiros para aperfeiçoamento dos registros de enfermagem, com o intuito de mostrar a importância de realizar os registros completos.

REFERÊNCIAS

BARBOSA JSL, Moraes-Filho IM, Pereira BA, Soares SR, Silva W, Santos OP. O conhecimento do profissional de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória segundo as novas diretrizes e suas atualizações. **Rev. Cient. Sena Aires**. 2018; 7(2): 117-26. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/311/221>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BERTOGLIO, Vanderléia Morlin et al. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, p.454-460, 28 set. 2008. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23606>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BITTENCOURT da Silva, Aliandra, Machado, Regimar Carla, ELABORAÇÃO DE GUIA TEÓRICO DE ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PARA ENFERMEIROS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [en linea] 2013, 14 [Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789019>> ISSN 1517-3852. Acesso em: 01 nov. 2018.

CAMPANHARO, Cássia Regina Vancini et al. Vantagens do estudo de coorte realizado por enfermeiros em parada cardiorrespiratória. **Revista Escola de Enfermagem da Usp**, São Paulo, p.762-766, 15 jun. 2015. Disponível em:

<<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/106698/105319>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

CITOLINO FILHO, Clairton Marcos et al. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 6, p.907-913, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000600005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0908.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

GOMES, Denilsen Carvalho et al. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v37n1/0102-6933-rngenf-1983-144720160153927.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

LOPES GRISANTE, Daiane, Vendramini Silva, Andréa Braz, Cotait Ayoub, Andréa, Guzzo Souza Belinelo, Renata, Sete de Carvalho Onofre, Priscila, Takáo Lopes, Camila, AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR BASEADA NO MODELO UTSTEIN. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [en linea] 2013, 14 [Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419014>> ISSN 1517-3852. Acesso em: 01 nov. 2018.

SILVA, Rose Mary Ferreira Lisboa da et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults with in-hospital cardiac arrest using the Utstein style. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.427-435, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20160076>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n4/0103-507X-rbti-28-04-0427.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (Brasil). **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n2s3/v101n2s3.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiu visualizar como se desenvolveu a parada no ambiente intra-hospitalar de uma instituição privada. Observou-se que há uma grande falha dos registros da enfermagem, o que acarretou a utilização dos dados somente dos registros médicos.

É perceptível a necessidade de capacitar os profissionais da enfermagem com o objetivo da melhora dos seus registros. A ausência deles geram interferências negativas no processo de trabalho da enfermagem. É frustrante perceber que a enfermagem não está realizando essa tarefa corretamente.

O primeiro projeto dessa pesquisa consistia em coletar os dados no hospital universitário (HU). Contudo, alguns problemas foram surgindo ao longo da coleta nesse hospital. O sistema de prontuário do HU não permite uma busca direta aos pacientes que tiveram uma PCR, por isso a estratégia utilizada foi de avaliar todos os prontuários dos pacientes que foram a óbito, menos as crianças e adolescentes. Essa estratégia foi utilizada como critério de inclusão, porque o sistema operacional do HU só fornecia dados de pacientes que foram a óbito ou que estavam/ foram internados. Como o tempo de coleta era limitante (que foi de agosto a setembro de 2018), decidimos realizar a busca dessa forma. Foi realizado uma busca no sistema do período de 01/01/2018 a 30/06/2018. Essa busca resultou em 182 prontuários de pessoas que foram a óbito no hospital nesse período. Desses 182 prontuários, 6 foram excluídos pois eram óbitos da UTI- neonatal. Dos restantes 176 prontuários, 52 não foram analisados porque estavam com a comissão de óbitos do hospital, estavam em outros setores do hospital, ou até mesmo com outros profissionais da saúde. Dos 124 prontuários analisados, somente 6 tinham registros da PCR. Muitos dos prontuários eram de pacientes em paliativo, onde não possuíam indicação de RCP, outros só indicavam a hora do óbito, sem mais informações.

Com esse grande obstáculo, decidimos por utilizar dados de outro hospital, o qual resultou nesse manuscrito.

Acredito que o estudo contribui de maneira significativa para a instituição em que os dados foram coletados. Com os resultados e análise, é possível visualizar as falhas encontradas, como também o perfil das PCRs deste hospital. Com essa contribuição, medidas podem ser tomadas, buscando sempre o aprimoramento do atendimento e a qualidade dos registros.

Como futura enfermeira, os resultados dessa pesquisa trouxeram muitas angustias. Angustias por perceber que os futuros colegas de profissão estão seguindo o caminho reverso do que seria uma assistência de qualidade, não cumprindo o que nos é de dever quanto profissionais. Contudo, sigo com o objetivo de diariamente evoluindo e buscando uma prática de respeito e de qualidade.

Concluo afirmando que a realização deste estudo foi muito desafiador, pois é a primeira vez que realizei uma pesquisa. Eu não tinha a percepção dos processos e das etapas necessárias para que esse conteúdo fosse feito. Foi um aprendizado rico e engrandecedor, tanto no âmbito acadêmico quanto no pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Cristiele Aparecida; BARBOSA, Cinthia Natalia Silva; FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E ENFERMAGEM: O CONHECIMENTO ACERCA DO SUPORTE BÁSICO DE VIDA. **Cogitare Enfermagem**, São Sebastião do Paraíso, v. 2, n. 18, p.296-301, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483649271013/>>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques da American Heart Association 2015**: Atualização as Diretrizes de RCP e ACE. 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2017
- BARBOSA JSL, Moraes-Filho IM, Pereira BA, Soares SR, Silva W, Santos OP. O conhecimento do profissional de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória segundo as novas diretrizes e suas atualizações. **Rev. Cient. Sena Aires**. 2018; 7(2): 117-26. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/311/221>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- BERTOGLIO, Vanderléia Morlin et al. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, p.454-460, 28 set. 2008. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23606>>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- BITTENCOURT da Silva, Aliandra, Machado, Regimar Carla, ELABORAÇÃO DE GUIA TEÓRICO DE ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PARA ENFERMEIROS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [en linea] 2013, 14 [Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789019>> ISSN 1517-3852. Acesso em: 01 nov. 2018.
- BRASIL. Resolução nº 0545/2017, de 09 de maio de 2017. **Anotação de Enfermagem e Mudança nas Siglas das Categorias Profissionais..** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05452017_52030.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- BRASIL. Resolução nº 311/2007, de 2007. **Código de Ética**. Disponível em: <<http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso em: 12 nov. 2017.
- BRASIL. Decreto nº 1.638, de 9 de agosto de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.. **Resolução CFM Nº 1.638/2002**. Brasília, DF, Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm>. Acesso em: 09 dez. 2017.
- CAMPANHARO, Cássia Regina Vancini et al. Vantagens do estudo de coorte realizado por enfermeiros em parada cardiorrespiratória. **Revista Escola de Enfermagem da**

Usp, São Paulo, p.762-766, 15 jun. 2015. Disponível em:
<<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/106698/105319>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

CANOVA, Jocilene de Carvalho Miraveti et al. PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOB O OLHAR DA TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 3, n. 9, p.7095-7103, mar. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10439/11244>>. Acesso em: 22 set. 2017.

CITOLINO FILHO, Clairton Marcos et al. Factors affecting the quality of cardiopulmonary resuscitation in inpatient units: perception of nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 49, n. 6, p.907-913, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000600005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0908.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Guia de Recomendações:** Para Registro de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem. 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/guia-de-recomendacoes-para-registro-de-enfermagem-no-prontuario-do-paciente-e-outros-documentos-de-enfermagem/>>. Acesso em: 18 out. 2017

CUMMINS, R.O.;CHAMBERLAIN, D.; HAZINSKI, M.F.; NADKARNI, V.; KLOEK, W.; KRAMER, E. et al **Recommended Guidelines for Reviewing, Reporting and Conducting Research on In- Hospital resuscitation:** The In- Hospital “Utstein Style”. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, the Australian resuscitation council, and the Resuscitation councils of Southern Africa. *Circulation*, 95: 2213-2239, 1997b.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008 ISSN 1980-7031. Disponível em: < <http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/view/243/234>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

FONTELLES, Mauro José et al. METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA. Belém, ago. 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2017.

GABRIEL, Marcelo L. D., Métodos Quantitativos em Ciências Sociais. Sugestões para Elaboração do Relatório de Pesquisa. Desenvolvimento em Questão [en linea] 2014, 12 (Outubro-Diciembre). Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=75232664010>> ISSN 1678-4855>. Acesso: 8 de Nov 2017.

GOMES, Denilsen Carvalho et al. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.1-8, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53927>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n1/0102-6933-rgenf-1983-144720160153927.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

LOPES GRISANTE, Daiane, Vendramini Silva, Andréa Braz, Cotait Ayoub, Andréa, Guzzo Souza Belinelo, Renata, Sete de Carvalho Onofre, Priscila, Takáo Lopes, Camila, AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM SOBRE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR BASEADA NO MODELO UTSTEIN. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [en linea] 2013, 14 [Fecha de consulta: 4 de noviembre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324029419014>> ISSN 1517-3852. Acesso em: 01 nov. 2018.

MENEZES, Rízia Rocha; ROCHA, Anna Karina Lomanto. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória. **Revista InterScientia**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 2-15, dez. 2016. ISSN 2317-7217. Disponível em: <<https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/43>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasil, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 12 nov. 2017.

NOMURA, Aline Tsuma Gaedke; SILVA, Marcos Barragan da; ALMEIDA, Miriam de Abreu. Qualidade dos registros de enfermagem antes e depois da Acreditação Hospitalar em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2016;24:e2813.

PEDROSA, Karilena Karlla de Amorim; SOUZA, Marília Fernandes Gonzaga de; MONTEIRO, Akemi Iwata. O ENFERMEIRO E O REGISTRO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 3, n. 12, p.568-573, jul. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a17v12n3.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SANGHAVI, R.; SHELFER, A. **The ABCs of recording paediatric cardiac arrests**. Resuscitation, 55: 167-170, 2002.

SILVA, Aliandra Bittencourt da; MACHADO, Regimar Carla. ELABORAÇÃO DE GUIA TEÓRICO DE ATENDIMENTO EM PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA PARA ENFERMEIROS. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Natal, v. 4, n. 14, p.1014-1021, set. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3240/324028789019/>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

SILVA, Raissa Cristine Santos da; RODRIGUES, Juliane; NUNES, Natália Abou Hala. Parada cardiorrespiratória e educação continuada em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 3, n. 25, p.129-134, set. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.puc->

campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3391/2487>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SILVA, Rose Mary Ferreira Lisboa da et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults with in-hospital cardiac arrest using the Utstein style. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.427-435, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20160076>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n4/0103-507X-rbti-28-04-0427.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

SKRIFVARS, M. B.; GASTRÉN, M.; ROSENBERG, P. H. **In-hospital cardiopulmonary resuscitation: organization, management and training in hospital of different levels of care**. Acta Anaesthesiol Escand, 46: 458-463, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (Brasil). **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v101n2s3/v101n2s3.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.

TASE, T. H.; LOURENÇÃO, D. C. A.; BIANCHINI, S. M.; TRONCHIN, D. M. R. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev. Gaú- cha Enferm.** v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013.

VEIGA, Viviane Cordeiro et al. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 3, n. 11, p.258-262, jul. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3758.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2017.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.772.151

Básicas do Projeto	ETO_1057566.pdf	03:45:44		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Respostas_as_pendencias.pdf	27/06/2018 03:44:48	Daniele Delacanal Lazzari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Taynara.docx	27/06/2018 03:44:01	Daniele Delacanal Lazzari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	taynara_gral.docx	01/06/2018 17:58:30	Daniele Delacanal Lazzari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	23/04/2018 23:20:30	Daniele Delacanal Lazzari	Aceito
Folha de Rosto	cepfolha2.pdf	21/12/2017 10:49:24	Daniele Delacanal Lazzari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 16 de Julho de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

**DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR DE AVALIAÇÃO FINAL DO TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

Eu, Professora **Dr^a. Daniele Delacanal Lazzari**, presidente da banca de avaliação de trabalho de conclusão de curso da (o) aluna (o) acadêmica Taynara Gral da Silvaintitulado , *“Características de paradas cardiorrespiratórias em ambiente hospitalar: subsídios para melhoria dos registros de enfermagem”* informo que a versão final do trabalho (arquivo no formato pdf) foi revisada por mim e apresenta os conteúdos e a formatação (conforme ABNT) orientada na disciplina TCC II para submissão no Repositório Institucional da UFSC.

Florianópolis, 22 de novembro de 2018.

Dr^a. Daniele Delacanal Lazzari

Assinatura: _____

D. Lazzari